

本人・家族分を申請する場合、1人につき1枚作成してください。

別記第4号様式（一部負担金等還付申請様式）（表面）

記入例

健康保険一部負担金等還付申請

被保険者証	記号	1	番号	12345
被保険者	氏名	工機 太郎 男・女	生年月日	昭・平 〇〇 . 〇 . 〇
	住所	△△県××市□□町 1234-5		
療養を受けた者	氏名	工機 太郎 男 女	生年月日	昭・平 〇〇 . 〇 . 〇
療養を受けた 保険医療機関等 (複数の場合は、 別紙に記入願いま す。)	名称	△△内科医院	複数受診の場合は、 2件目から裏面に記入。	
	所在地	△△県××市□□町 678		
療養を受けた期間	令和 元年 10 月 20 日 ~ 令和 元年 10 月 30 日			
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額				〇〇〇〇〇 円
還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けて下さい)	同じ医療機関を複数回受診している場合は、 「最初の受診日～最後の受診日」を記入し、 支払った合計額を記入してください			
1 一部負担金等免除の実施を公表する前に療養を受け 2 一部負担金等の免除等が受けられることを知らな 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口に免除証明書の提出ができなかったため ( )				
この申請書に添付する書類	還付金を、給与にて給付するための委 任欄です。 申請者氏名欄に記入・捺印ください。			
(給与に入れる場合)	委任状			
本申請に、基づく一部負担金等に係わる還付金の受領を	(記入不要)	に委任します。		
申請者 氏名	健保 太郎	印	工機	

(注) 保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

以上申請します。

令和 △ 年 △ 月 △ 日

住所 (居所) △△県××市□□町 678-9

申請者 氏名 健保 太郎 印 工機

工機ホールディングス健康保険組合理事殿

本人・家族分を申請する場合、1人につき1枚作成してください。

別記第4号様式（一部負担金等還付申請様式）（裏面）

※複数の医療機関を受診された場合はこちらにご記入願います。

療養を受けた 保険医療機関等	名 称	□□眼科
	所 在 地	△△県××市□□町 5555-5
療養を受けた期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ 令和 × 年 × 月 × 日	
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額	○○○○○ 円	
療養を受けた 保険医療機関等	名 称	
	所 在 地	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額	円	
療養を受けた 保険医療機関等	名 称	
	所 在 地	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額	円	
療養を受けた 保険医療機関等	名 称	
	所 在 地	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額	円	
療養を受けた 保険医療機関等	名 称	
	所 在 地	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額	円	